



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS  
Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipoc

## FORMULÁRIO DE PERFIL DE SAÚDE

Somente para apresentação na Inspeção Médica Oficial – investidura em cargo público

**USO EXCLUSIVO DA UNIDADE QUE REALIZA A INSPEÇÃO MÉDICA OFICIAL. NÃO ENVIAR AO SETOR DE GESTÃO DE PESSOAS E NÃO ANEXAR AO PROCESSO DE POSSE.**

### 1. Identificação do(a) candidato(a)

Nome completo:
Data de Nascimento:
CPF:
Cargo a que concorre:
Órgão/entidade de provimento:
Telefone para contato:

### 2. Ciência sobre as atribuições do cargo

Declaro que tomei ciência das atribuições essenciais do cargo disponibilizadas pelo órgão/entidade, ou prevista no edital do certame, e que responderei às questões abaixo com base em meu estado de saúde atual.

### 3. Saúde atual – autodeclaração

3.1. Está em tratamento médico em curso?  Não  Sim. Qual/desde quando: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. Usa medicação de uso contínuo?  Não  Sim. Qual/dose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.3. Teve internação nos últimos 12 meses?  Não  Sim. Qual motivo/data: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
**Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec**

3.4. Possui condição de saúde que requeira acompanhamento (ex.: cardiopatias, diabetes, epilepsia, transtornos mentais, doenças respiratórias, reumatológicas, oncológicas)?  Não  Sim. Qual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.5. Apresenta limitação funcional que possa interferir nas atribuições do cargo (ex.: esforço físico prolongado, permanência prolongada em pé, locomoção, manuseio fino, trabalho noturno/por turnos, direção de veículo, uso de EPI específicos)?  Não  Sim. Descreva: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.6. Deficiência (quando houver):  Não  Sim. Tipo/descrição: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.7. Neurodivergência (quando houver):  Não  Sim. Tipo/descrição: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.8. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – desenvolveu atividades com exposição a riscos ocupacionais?

- Não
- Agentes químicos/poeiras
- Agentes biológicos
- Agentes físicos (ruído, calor, frio, umidade, condição hiperbárica, vibração, radiação não ionizante)
- Radiação ionizante/Raios-X
- Ergonômicos.

Descrever: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.9. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – acidentes/doenças relacionadas ao trabalho:  
 Não  Sim. Descreva: \_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
**Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec**

---

---

3.10. Alergias relevantes (medicamentos, látex, alimentos, outros):  Não  Sim. Quais: \_\_\_\_\_  

---

---

3.11. Gestação (quando aplicável):  Não  Sim. Semana: \_\_\_\_\_

3.12. Campo livre (opcional): outras informações de saúde que julgar relevantes ao exercício do cargo:  

---

---

---

---

#### **4. Vacinação (quando exigida em edital/atribuições)**

Apresentarei comprovante(s) de vacinação, quando solicitado(s), conforme edital/atribuições do cargo.

#### **5. Entrega e uso do formulário**

- a) este formulário será apresentado diretamente ao médico avaliador no momento da Inspeção Médica Oficial;
- b) não será arquivado com o atestado declaratório de aptidão nos assentamentos funcionais;
- c) seu uso é exclusivo para subsidiar a avaliação clínica durante a Inspeção Médica Oficial, em conformidade com a Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações) e com a LGPD.

#### **6. Declaração do(a) candidato(a)**

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas são verdadeiras e refletem meu estado de saúde atual, comprometendo-me a informar o órgão/entidade caso ocorra alteração relevante que possa comprometer o exercício das atribuições do cargo, inclusive após a emissão do atestado declaratório de aptidão.

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) candidato(a):

Igual ao documento de Identidade



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
**Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipoc**

**7. Uso exclusivo do médico avaliador (preenchimento pela unidade que realiza a Inspeção Médica Oficial)**

Recebido e conferido em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Análise clínica:

- informações suficientes  
 solicitar esclarecimentos/exames complementares

Observações do ato médico (opcional):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome e CRM (ou equivalente) do médico avaliador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**Guarda do documento:**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Se realizada a avaliação em Unidade SIASS, este formulário integra o prontuário de saúde ocupacional da unidade que realizou a Inspeção Médica Oficial, observadas as políticas de segurança da informação e a tabela de temporalidade aplicável. É vedado o arquivamento nos assentamentos funcionais.</li><li>• Se realizada em unidade ou serviço diverso, nos termos da Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações), devolver ao candidato.</li></ul> |
|---|